

颞部—颌下联合进路切除咽旁颞下区巨大肿瘤(附 2 例报道)

邱前辉^{1,2}, 李添应², 陈少华¹, 苏志文¹

(1. 广东省人民医院耳鼻咽喉科, 广东 广州 510080; 2. 中山大学附属第一医院耳鼻咽喉科, 广东 广州 510080)

摘要【目的】探讨切除侵犯中颅窝的咽旁颞下区巨大肿瘤安全而彻底的手术进路。利用颞部切口可充分暴露中颅窝底和颞下窝以及颌下进路显露咽旁区解剖的特点,联合进路切除 2 例咽旁颞下区巨大肿瘤。2 例侵犯中颅窝底的咽旁颞下区肿瘤顺利切除,患者术中组织损伤、出血量相对较少,术后无严重并发症。**【结论】**颞部—颌下联合进路适合于侵犯中颅窝底的咽旁颞下区肿瘤的手术切除。

关键词 咽旁颞下区肿瘤/外科学; 颅底肿瘤/外科学; 手术进路

中图分类号 R73

文献标识码 A

文章编号 :1672-3554(2004)02-0184-03

Transtemporal and Transsubmaxillary Combined Approaches for Removal of Huge Tumors in Parapharyngeal-infratemporal Area (2 Cases)

QIU Qian-hui^{1,2}, LI Tian-ying², CHEN Shao-hua¹, SU Zhi-wen¹

(1. Department of Otolaryngology, Guangdong Provincial People's Hospital, Guangzhou 510080, China

2. Department of Otolaryngology, The First Affiliated Hospital, SUN Yat-sen University, Guangzhou 510080, China)

Abstract :【Objective】 To explore a safe and comprehensive approach to remove huge tumors in parapharyngeal-infratemporal area invading middle skull base. **【Methods】** Since the incisions of transtemporal region and transsubmaxillary region could fully expose middle skull base with infratemporal region and parapharyngeal region, 2 huge tumors in parapharyngeal-infratemporal area were removed by the combined approach. **【Results】** Huge tumors in parapharyngeal-infratemporal area invading middle skull base were removed successfully in these two cases with less injury and small amount of bleeding. No serious complications after operation were found. **【Conclusion】** Transtemporal and transsubmaxillary region combined approach is suitable for removal of the tumors in parapharyngeal-infratemporal area invading middle skull base.

Key words : parapharyngeal-infratemporal area neoplasms/surgery; skull base neoplasms/surgery; operative approach

[J SUN Yat-sen Univ (Med Sci), 2004 25(2) :184 - 186]

咽旁颞下区有丰富而重要的神经和血管以及多个潜在的腔隙,是人体解剖最复杂的区域之一。发生于该区域的肿瘤早期多因其病灶隐匿而易被忽视,就诊时肿瘤多数已体积巨大,手术治疗该区域肿瘤有一定难度。2003 年我们采用颞部联合颌下进路治愈 2 例侵犯中颅窝的咽旁颞下区巨大肿

瘤,获得良好疗效,现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

1.1.1 病例 1 女,24 岁,因自觉口干 1 月余就

收稿日期 2003-05-19

基金项目:广东省科委重点攻关基金资助(99N04901J)

作者简介:邱前辉(1966-),男,江西萍乡人,博士生,主治医师;李添应,教授,博士生导师。E-mail: Qiuqianhui@hotmail.com

诊。检查见左咽旁、软腭局部膨隆,其深面可扪及一肿物,质韧,无压痛,左侧颜面部较对侧大,左侧颞颌关节咬合乏力,同侧咬肌萎缩,三叉神经感觉支正常。计算机断层扫描(CT)检查显示:左颞下窝巨大占位性肿块。颅底、鼻咽核磁共振(MR)检查:左侧颅底、颞下窝及咽旁间隙可见一巨大异常信号肿块影,边缘清楚,呈长圆形,大小约 $9.3\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$,向上生长入中颅窝底,并推压左侧海绵窦,颈内动脉;向下沿咽旁间隙生长达颌下腺上方。中颅窝底骨质破坏。鼻咽、口咽、咽旁间隙、左侧下颌骨及腮腺深叶受压变形,左侧颈动脉鞘受压向后移位。病灶 T_1WI 呈等信号, T_2WI 、压脂像呈高混杂信号,增强后明显不均匀强化。双侧颌下见多个淋巴结肿大。左侧乳突区见长 T_2 信号影。意见:左侧颅底、咽旁间隙良性占位性病变,考虑纤维类肿瘤,神经纤维瘤可能性大。左颈外动脉造影:左侧咽旁少量病理血管,染色不明显,提示乏血管肿瘤,良性可能性大。入院诊断:①左侧颅底神经源性肿瘤,②腮腺肿瘤。术后病理:神经纤维瘤。

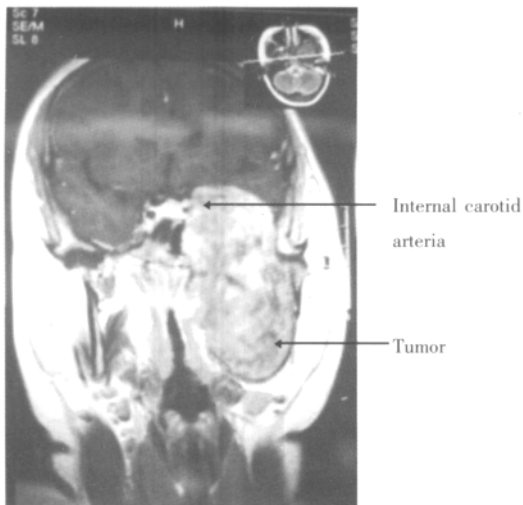


图 1 病例 1 冠状位左侧颅底 MR 影像

Fig. 1 The coronal section MR image of the left skull base of case 1

A huge tumor about $9.3\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$ in size in parafaryngeal-infratemporal area invading middle skull base. Compression of the left cavernous sinus and internal carotid arteria were showed

1. 1. 2 病例 2 男,31 岁。因右侧面部肿胀 10 个月余伴右耳鸣和听力下降 3 个月就诊。患者 10 个月前无明显诱因出现右侧面部肿胀,呈进行性加重,并于 3 个月前开始伴有右侧耳鸣及听力进行性下降,耳鸣为低频、持续性,无眩晕,无耳流脓、耳痛,无面瘫及面部麻木,无饮水呛咳、吞咽障碍,无

头痛、恶心、呕吐,无鼻塞、鼻出血及视力模糊。检查见右侧面颊肿胀明显,无压痛,右侧咽侧壁向中线移位,软腭部肿胀隆起。右侧外耳道干洁,鼓膜完整,内陷。CT 显示:右颞下窝肿瘤。颅底、鼻咽 MR 检查:右侧颅底、翼腭窝及咽旁间隙可见一巨大异常信号肿块影,边缘欠清楚,呈长圆形,大小约 $9.3\text{ cm} \times 4\text{ cm} \times 5.2\text{ cm}$;向上生长达中颅窝底,并推压右侧海绵窦,颈内动脉;向下沿咽旁间隙生长达颌下腺上方。鼻咽、口咽、咽旁间隙、翼外肌,右侧下颌骨及腮腺受压;右侧岩骨,蝶骨骨质破坏,右侧颈动脉鞘受压向后移位。病灶 T_1WI 呈稍高信号,中混有低信号, T_2WI 、压脂像呈高混杂信号,增强后明显均匀强化,囊变区无强化。双侧颌下见多个淋巴结。右侧乳突区见长 T_2 信号影。意见:右侧颅底、咽旁间隙占位性病变,考虑神经源性肿瘤可能大,不排除恶变。右颈总动脉造影:右颞下窝肿块,主要由上颌动脉及咽升动脉供血,但血供少,为乏血型。血管造影未能区分肿瘤性质。声阻抗:右耳鼓室图 B 型,左耳 A 型,右耳镫骨肌反射未能引出,左耳镫骨反射引出。电测听:右耳混合性聋,左耳听力正常。入院诊断:①右侧颞下窝神经纤维瘤,②分泌性中耳炎。手术后病理:神经鞘瘤。

1. 2 手术方法

1. 2. 1 颌下进路 2 个病例全部于左下颌骨下方约一横指处行切口,前近颞下正中,向后绕下颌角转向耳垂后。切开皮肤、浅筋膜以及颈阔肌。暴露下颌下三角及颈动脉三角,分离并充分暴露颈总动脉及颈内、外动脉,确认颈外动脉后予以结扎。向上分离,结扎面后静脉,暴露并切断二腹肌后腹,暴露肿瘤下缘,从肿瘤内侧、后方、前方、外方依次用手指向上沿肿瘤包膜进行钝性分离。也可在肿瘤下极切一小口,从口内切除部分肿瘤组织,使体积变小后再行分离。病例 2 因部分囊性变,穿刺抽吸囊内液化组织后再行肿瘤分离。如肿瘤仅局限于咽旁间隙,此进路可将肿瘤完全切除。若肿瘤侵犯至颅底乃至中颅窝的肿瘤,其上极以及内上方不能理想处理。

1. 2. 2 颞部进路 从额部发际后开始,向后下经颞部发际后、耳廓前方下延至耳屏切迹水平处或与颌下进路切口相连。切开皮肤、皮下组织后,将颞肌在喙突附着处离断后与皮瓣一起翻向前方。离断颞弓前、后根部,同时在下颌支外面游离咬肌,将离断的颞弓连同咬肌一起向外下方牵拉。此进路基本可

将颞下窝暴露,肿瘤外露。如感觉颞下窝术野尚小,颅底等部位的操作不便,可于乙状切迹处斜向前将喙突及部分下颌骨升支切除,注意勿损伤下牙槽神经和血管。病例 1 切口稍扩大,采用与颌下切口相连,并将喙突及部分下颌骨升支切除,以扩大整个术野。分离肿瘤时先从相对安全部位进行,手指经颌下切口触摸,颞部切口入剥离,上下会合进行操作。颅底骨质破坏并粘连者,须先将肿瘤与周围组织完全分离,从颌下切口轻力牵拉肿瘤下极剥离肿瘤与颅底粘连处。肿瘤可分块或整块一次性切除。

1.2.3 术后修复及处理 检查无脑脊液漏后,将颞肌转向内塞入术腔。因术腔较大,术腔内放置 3 条负压引流管,加压包扎。术后进行抗炎止血治疗外,同时行甘露醇脱水治疗 1 周,并按脑科常规观察护理。

2 结 果

2 例术中出血分别为 1 000 mL 和 1 200 mL。于术后 12 d 以及 14 d 痊愈出院。术后 3 个月患者门诊随访,检查患者无面瘫及面部畸形,病例 2 轻度张口障碍。余无其它异常。术后 CT 复查,肿瘤无残留。

3 讨 论

咽旁颞下区由上界的侧颅底骨组成,内界为咽上缩肌及咽中缩肌,下界为二腹肌后腹平面,外界为下颌骨升支及腮腺被膜,前、内侧与上颌骨后外壁及翼腭窝相毗^[1]。Sekhar 等^[2]采用颞下一耳前颞下窝入路切除侧和后颅底良、恶性肿瘤 22 例,其中病变累及海绵窦 11 例,斜坡 17 例,筛窦和蝶窦 14 例,颞下窝 18 例等,切口自额部发际内起始,向外侧延展至额外侧弯向下至外耳道前下沿耳垂下、后的皮肤邹折,再转弯向下达颈部,经下颌角后下稍向前下方延长,自颞筋膜、面部脂肪和胸锁乳突肌表面,将皮瓣分离翻转向前方,自颞窝将颞肌及其筋膜切断、游离,并向前下方翻转,切除颞弓。术后 18 例效果良好。而 Anand 等^[3]采用类似手术方式治疗 7 例累及海绵窦的良性肿瘤,随访 2~31 个

月,仅 1 例复发。也有学者采用经颈—下颌进路切除侵及颞下窝、翼腭窝以及咽旁间隙的肿瘤,手术方法为将下唇正中切开并切除同侧下颌骨升支,切断茎突及其附着的肌肉,其认为可充分暴露咽旁间隙、颞下窝,进入鼻咽,显露咽鼓管,甚至为达到颈椎上部、斜坡等区域创造宽敞的视野。同时为显露和控制颈内动脉创造良好条件^[4,5]。为了减少术中出血量,有学者认为术前血管造影的同时进行肿瘤供血血管栓塞有积极的作用^[6]。

本组 2 例采用颞部—颌下联合进路,重点保护被肿瘤破坏颅底骨质后推压的海绵窦和颈内动脉,以及尽量避免面神经损伤。此进路可相对减少组织损伤,术后并发症少,术中可较好的暴露颅底,但由于腮腺及上颌骨升支的遮盖,在切除咽旁间隙的肿瘤部分视野稍差。咽旁颞下区颅底肿瘤手术死亡率(5%)和并发症发生率(10%~15%)都较高^[7],在选择具体手术治疗方案时,应根据肿瘤的性质、原发部位、体积、侵犯范围以及淋巴结转移情况选取既有的手术入路或对以往的手术入路加以改进,以便在最小的损伤下取得最佳的治疗效果。

参考文献:

- [1] 陈日亭. 颌面颈手术解剖[M]. 北京:人民卫生出版社,1984. 261-72.
- [2] Sekhar L N, Schram V L Jr, Jones N F. Subtemporal-preauricular infratemporal fossa approach to large lateral and posterior cranial base neoplasms[J]. J Neurosurg, 1987, 67(4): 488-99.
- [3] Anand V K, House J R, Mefty O. Management of benign neoplasms invading the cavernous sinus[J]. Laryngoscope, 1991, 101(5): 557-64.
- [4] 李树春. 颅底及近颅底肿瘤手术进路的探讨[J]. 耳鼻咽喉—头颈外科, 1996, 3(5): 292-5.
- [5] Krespi Y P. Lateral skull base surgery for cancer[J]. Laryngoscope, 1989, 99(5): 514-24.
- [6] 李添应, 苏振忠, 余达德, 等. 严重鼻出血的血管栓塞治疗[J]. 中山医科大学学报, 1996, 17(3): 222-3.
- [7] Sundaresan N, Shah J P. Craniofacial resection for anterior skull base tumors[J]. Head Neck Surg, 1988, 10(4): 219-24.

(编辑 刘清海)